



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un **plan** de salud. El SBC le muestra cómo usted y el **plan** compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (es decir, la **prima**) se proporciona por separado. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de todos los términos de la misma, visite [www.shbp.georgia.gov](http://www.shbp.georgia.gov) o llame al 1-888-364-6352. Para enterarse de las definiciones generales de los términos comunes como **cantidad permitida**, **facturación de saldos**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-888-364-6352 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <b>deducible</b> general?	Para <b>proveedores de la red</b> : <b>\$1,300</b> Usted, <b>\$1,950</b> Usted + cónyuge o hijo(s), <b>\$2,600</b> Usted + familia. Para <b>proveedores fuera de la red</b> : no está cubierto.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del <b>deducible</b> antes de que este <b>plan</b> comience a pagar. Si tiene otros parientes en el <b>plan</b> , cada uno debe alcanzar su propio <b>deducible</b> individual hasta que el monto total pagado por todos los miembros de la familia alcance el <b>deducible</b> general familiar
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <b>deducible</b> ?	Sí. Los servicios de <b>atención preventiva</b> son cubiertos antes de que alcance su <b>deducible</b> .	Este <b>plan</b> cubre algunos elementos y servicios, incluso si no ha alcanzado el monto del <b>deducible</b> . Sin embargo, puede aplicar un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que alcance su <b>deducible</b> . Consulte una lista de <b>servicios preventivos</b> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los <b>deducibles</b> por servicios específicos.
¿Cuál es el <b>límite de gastos de su bolsillo</b> de este <b>plan</b> ?	Para <b>proveedores de la red</b> <b>\$4,000</b> Usted, <b>\$6,500</b> Usted + cónyuge o hijo(s), <b>\$9,000</b> Usted + familia; Para <b>proveedores fuera de la red</b> : no está cubierto.	El <b>límite de gastos de su bolsillo</b> es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros parientes en este <b>plan</b> , ellos deben alcanzar su propio <b>límite de gastos de su bolsillo</b> hasta que el <b>límite de gastos de su bolsillo</b> de toda la familia se haya alcanzado
¿Qué no se incluye en el <b>límite de gastos de su bolsillo</b> ?	<b>Copagos</b> por ciertos servicios, <b>primas</b> , cargos por <b>facturación de saldos</b> y atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan como parte del <b>límite de gastos de su bolsillo</b> .
¿Pagará menos si usa un <b>proveedor de la red</b> ?	Sí. Consulte <a href="http://www.welcometouhc.com/shbp">www.welcometouhc.com/shbp</a> o llame al 1-888-364-6352 para obtener una lista de los <b>proveedores de la red</b> .	Este <b>plan</b> usa un proveedor de la <b>red</b> . Pagará menos si usa un <b>proveedor</b> de la <b>red</b> del plan. Pagará más si usa un <b>proveedor fuera de la red</b> , y puede recibir una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su <b>plan</b> ( <b>facturación del saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor de la red</b> puede usar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> antes de que le presten los servicios.
¿Necesita una <b>remisión</b> a un <b>especialista</b> ?	No.	Puede ver al <b>especialista</b> de su elección sin una <b>remisión</b> .

 Todos los costos por [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de que alcance su [deducible](#), si este corresponde.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
<b>Si visita el consultorio de un proveedor o clínica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<a href="#">Copago</a> de \$35 / el <a href="#">deducible</a> no aplica para visita al consultorio;	No está cubierto	Existen límites en las visitas por obesidad infantil.
	Visita al <a href="#">especialista</a>	<a href="#">Copago</a> de \$45 /visita	No está cubierto	Existen límites en las visitas por obesidad infantil.
	<a href="#">Atención preventiva</a> / <a href="#">exámenes</a> / vacunas	Sin cargo	No está cubierto	Puede que deba pagar lo servicios que no son <a href="#">preventivos</a> . Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego revise lo que su <a href="#">plan</a> paga.
<b>Si tiene un examen</b>	<a href="#">Examen diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible (ambulatorio) Sin cargo (consultorio)	No está cubierto	No hay cargo por análisis de laboratorio de laboratorios independientes.
	Imagenología (exámenes por TC/TEP, IRM)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % Después del deducible (ambulatorio) Sin cargo (consultorio)	No está cubierto	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Puede encontrar más información disponible sobre <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://info.caremark.com/shbp">http://info.caremark.com/shbp</a>	Medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos selectos (nivel 1)	<a href="#">Copago</a> de \$20 /receta (al detal y pedido por correo)	El mismo <a href="#">copago</a> del <a href="#">proveedor de la red</a> , pero sobre la base del monto permitido. Debe pagar los gastos de su bolsillo y entregar un reclamo impreso para el reembolso. El plan le hará el reembolso sobre la base del monto permitido para un <a href="#">proveedor de la red</a> .	Para medicamentos que no son de mantenimiento, hay un límite de suministro de 31 días en farmacias minoristas. Los medicamentos de mantenimiento pueden surtirse con un suministro de hasta 90 días (al detal o entrega en casa). Para suministros de 32 o 62 días, el <a href="#">copago</a> mensual se duplica. Para suministros de 63 o 90 días de una farmacia de la red que no despache para 90 días, el <a href="#">copago</a> mensual se triplica. Para suministros de 90 días en una farmacia minorista que despache para 90 días o por entrega en casa, el <a href="#">copago</a> mensual se multiplica por 2.5. Consulte los documentos del plan para obtener una lista de medicamentos que requieren <a href="#">autorización previa</a> o que tienen otros límites.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	<a href="#">Copago</a> de \$50 /receta (al detal y pedido por correo)		
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	<a href="#">Copago</a> de \$90 /receta (al detal y pedido por correo)		
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (nivel 4)	Medicamentos del mismo nivel 1, nivel 2 y nivel 3, según corresponda		
<b>Si tiene una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	---Ninguno---

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
	Tarifas del médico o cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	---Ninguno---
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$150/visita	<a href="#">Copago</a> de \$150/visita	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> dentro de un 1 día hábil o lo más pronto posible si lo admiten en un hospital fuera de la <a href="#">red</a> . De ser admitido, se exime el <a href="#">copago</a> .
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	---Ninguno---
	<a href="#">Cuidados de urgencia</a>	<a href="#">Copago</a> de \$35 /visita	No está cubierto	---Ninguno---
Si lo hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	Puede requerir <a href="#">autorización previa</a> .
	Tarifas del médico o cirujano	<a href="#">Coseguro</a> del 0 % después del deducible	No está cubierto	--Ninguno---
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$35/visita (médico de cabecera) <a href="#">Copago</a> de \$45/visita (especialista) <a href="#">Copago</a> de \$10/visita grupal	No cubierto	--Ninguno---
	Servicios hospitalarios	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo después de la primera visita <a href="#">Copago</a> de \$35/visita (médico de cabecera) <a href="#">Copago</a> de \$45/visita (especialista)	No está cubierto	El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un <a href="#">coseguro</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonidos).
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	Puede requerir <a href="#">autorización previa</a> .
	Servicios del centro de parto y alumbramiento	<a href="#">Coseguro</a> del 20 % después del deducible	No está cubierto	Aplica a centro hospitalario. Pueden aplicar otros costos compartidos, dependiendo de los servicios provistos. Puede requerir <a href="#">autorización previa</a> .
Si necesita ayuda para su recuperación o	<a href="#">Cuidados de salud en el hogar</a>	Sin cargo	No está cubierto	Una visita equivalente a 4 horas de servicios de atención especializada. Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para cuidados de salud en el hogar.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
tiene otras necesidades médicas especiales	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$25/visita	No está cubierto	Hay un máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional, del habla y rehabilitación cardíaca y pulmonar).:Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para la fisioterapia de niños, solo después de 40 visitas. Los servicios provistos por una agencia de Salud en el Hogar NO están sujetos a este límite cuando se prestan en un entorno doméstico. Si se prestan en un entorno doméstico, aplica el beneficio médico de los cuidados de salud en el hogar.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	<a href="#">Copago</a> de \$25/visita	No está cubierto	Las visitas de habilitación cuentan en el máximo de visitas de rehabilitación antes indicado.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	No está cubierto	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. No hay límite en los días para el centro de rehabilitación hospitalaria.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere <a href="#">autorización previa</a> para los dispositivos (compra o alquiler acumulativo) que cuesten más de \$1,000 cada uno.
	<a href="#">Servicios paliativos</a>	Sin cargo	No está cubierto	8 visitas por duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista del niño	Sin cargo	No está cubierto	Cobertura limitada a un examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos de niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Revisión dental del niño	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

<b>Servicios que, por lo general, su <a href="#">plan</a> NO cubre (revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualesquiera otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado dental (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento para la infertilidad</li> <li>• Atención de larga duración</li> <li>• Atención que no sea emergencia al viajar al extranjero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio privado de enfermería</li> <li>• Podología de rutina</li> <li>• Programas para la pérdida de peso</li> </ul>
<b>Otros servicios cubiertos (puede que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su <a href="#">plan</a>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica</li> <li>• Aparatos auditivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li> </ul>	

**Sus derechos a continuar con la cobertura:** existen agencias que pueden ayudar en caso de que desee continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Su departamento estatal de seguros, Departamento de Seguros de Georgia por el 1-800-656-2298 o [www.oci.ga.gov/](http://www.oci.ga.gov/); o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por el 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que también estén disponibles otras opciones de cobertura, incluyendo comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para más información sobre sus derechos a cobertura continua, comuníquese con el plan por el 1-800-610-1863.

**Sus derechos a reclamos y apelaciones:** Existen agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el [reclamo](#) médico. Debe comunicarse directamente con UnitedHealthcare para apelar la denegación de la cobertura de reclamaciones médicas, llamando al 1-888 364-6352. Para apelaciones relacionadas con créditos de incentivo de bienestar, comuníquese con Sharecare por el 1-888-616-6411. Para preguntas relacionadas con su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Servicios al Miembro del Plan Estatal de Beneficios Médicos por el 1-800-610-1863 o acceder a información sobre apelaciones de elegibilidad por [www.shbp.georgia.gov](http://www.shbp.georgia.gov). Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier razón a su [plan](#).

**¿Este plan provee cobertura mínima esencial? Sí.**

Si no tiene una [Cobertura mínima esencial](#) para un mes, deberá hacer un pago cuando llene su declaración de impuestos, excepto si califica para una exención del requisito de que usted tiene cobertura médica para ese mes.

**¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.**

Si su [plan](#) no cumple los [Estándares de Valor Mínimo](#), puede que sea elegible para un [crédito fiscal de primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso en otros idiomas:**

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-364-6352

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.* —————

## Ejemplos sobre esta cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales podrían diferir en función de la atención real que reciba, los precios cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que puede pagar de acuerdo con los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en cobertura personal.

### Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal en la red y parto en un hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20 %

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*.)  
 Servicios profesionales de parto y alumbramiento.  
 Servicios del centro de parto y alumbramiento.  
 Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*).  
 Visita al especialista (*anestesia*).

<b>Costos totales del ejemplo</b>	<b>\$7,540</b>
-----------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1300
Copagos	\$45
Coaseguro	\$1248
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$2,593</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red por una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20 %

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del Médico de Atención Primaria (incluyendo información sobre la enfermedad).  
 Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*).  
 Medicamentos recetados.  
 Equipo médico duradero (*glucómetro*).

<b>Costos totales del ejemplo</b>	<b>\$5,400</b>
-----------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$90
Coaseguro	\$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$90</b>

\*Las recetas se pagan bajo el beneficio farmacéutico a través de CVS Carema

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia de la red y cuidado de control)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1300
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$45
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	20 %

#### Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencia (*incluyendo suministros médicos*).  
 Examen diagnóstico (*radiografías*).  
 Equipo médico duradero (*muletas*).  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*).

<b>Costos totales del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
-----------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$270
Coseguro	\$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$270</b>